



Odontoma Compuesto Mandibular

Eguiguren S; Gimenez J; Sampron L; Tomaghelli E.

Universidad Nacional de La Plata Facultad de Odontología



Resumen

Introducción: el odontoma se encuentra formando parte de los tumores odontogenicos, es de etiología idiopática, comportamiento benigno, crecimiento lento y es el mas frecuente (> 50%) de los tumores odontogenicos. Histológicamente presenta todas las estructuras dentarias: matriz de esmalte, dentina, tejido pulpar y cemento. El pronostico tras la excresis es muy favorable con escasa probabilidad de recidiva eliminando cuidadosamente los restos de capsula

Descripción del caso: paciente de 24 años, sexo femenino que se presenta al servicio de practicas odontológicas integradas (S.E.P.O.I.). El motivo que propicia la consulta es la permanencia de la pieza dentaria 8.3. , no presentando sintomatología. Se indican estudios radiográficos panorámicos y seriados de la región, observándose la lesión tumoral por debajo de la pieza temporaria y por encima de la pieza 4.3. encontrándose la misma en retención ósea. Se solicita estudio de coagulación básica y se decide realizar la enucleación quirúrgica conservadora de la misma. Se envía la pieza quirúrgica para estudio anatomopatológico según protocolo. Se indican cuidados post operatorios y controles clinico-radiograficos a distancia, para evaluar conducta de la pieza dentaria retenida.

Conclusiones: los odontomas normalmente no presentan sintomatología y su hallazgo es radiográfico, su ubicación más frecuente es el sector mandibular anterior, en la mayoría de los casos aparece antes de los 20 años. Es una lesión no agresiva indolora, generalmente asociada a un diente permanente no erupcionado. El tratamiento de elección es la excéresis quirúrgica de la lesión, para permitir la erupción del diente permanente, ya sea de forma espontánea o por técnicas ortodóncica.

Introducción

El termino odontoma fue introducido en 1867 por Brocca para describir un tumor de origen odontogénico de carácter benigno y de crecimiento lento, formado por esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar. Según la **OMS** lo clasifica en dos grupos: Odontomas compuestos, Odontomas complejos. Cursan de manera asintomática, son de crecimiento lento.

Su hallazgo suele ser casual mediante una radiografía de rutina. Algunos signos clínicos que pueden hacer sospechar la presencia de un odontoma son la ausencia del diente permanente, persistencia de los temporarios, tumoración local, presencia de grandes diastemas y/o mal posiciones dentarias

Odontoma compuesto: En su estadio intermedio se muestra como una lesión radiotransparente bien definida, que contiene un numero variable de cortes transversales arciformes, radiopacos y sombras radiopacas huecas longitudinales, todas ellas correspondientes a denticulos en desarrollo. El grado de calcificación y opacidad varias de un estadio a otro y de una lesión a otra.

Descripción del Caso

Paciente femenina de 24 años de edad que se presenta al servicio a causa de la permanencia de resto radicular de pieza N° 83 y ausencia de la pieza N° 43.

Al examen extra oral no se evidenciaban asimetrías. Clínicamente se observaba la presencia de las piezas dentarias en buen estado sin focos sépticos. Mucosas sin alteraciones, función glandular normal, lengua y musculatura sin particularidades, integridad y continuidad de las tablas óseas.



Fig. N°1. Imagen clínica desde una vista coronal y fronto-lateral que muestra resto radicular de dentición temporaria.

Radiográficamente: debajo del resto radicular hallazgo de imagen radioopaca irregular, con variación de contorno y tamaño, conformada por múltiples radioopacidades correspondientes cuerpos arciformes similares a piezas dentarias, basalmente se encuentra la pieza dentaria retenida. Fig. N°2.

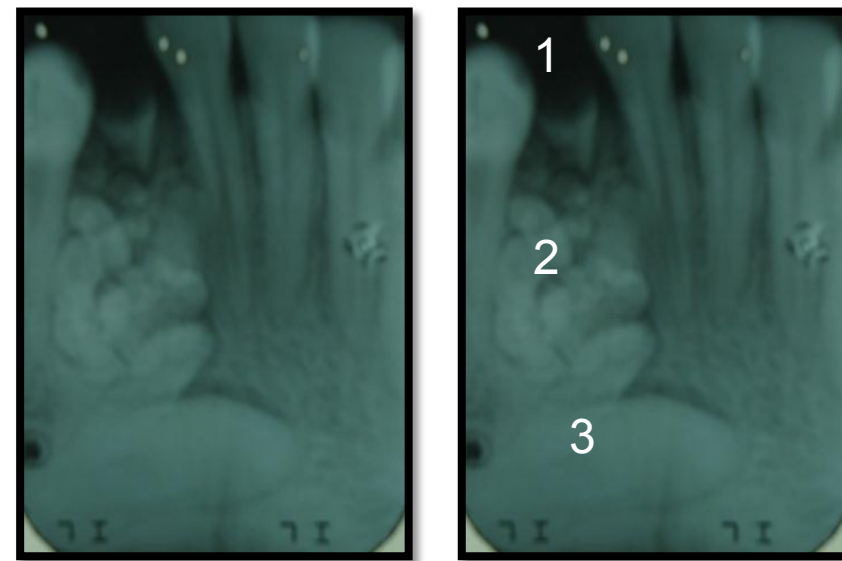


Fig. N°2.

1. Resto Radicular (83)
2. Masa Radiopaca (Odontoma)
3. Pieza retenida (43)

Medicación preoperatoria: ATB. Antisepsia y aislación del campo operatorio. Anestesia infiltrativa

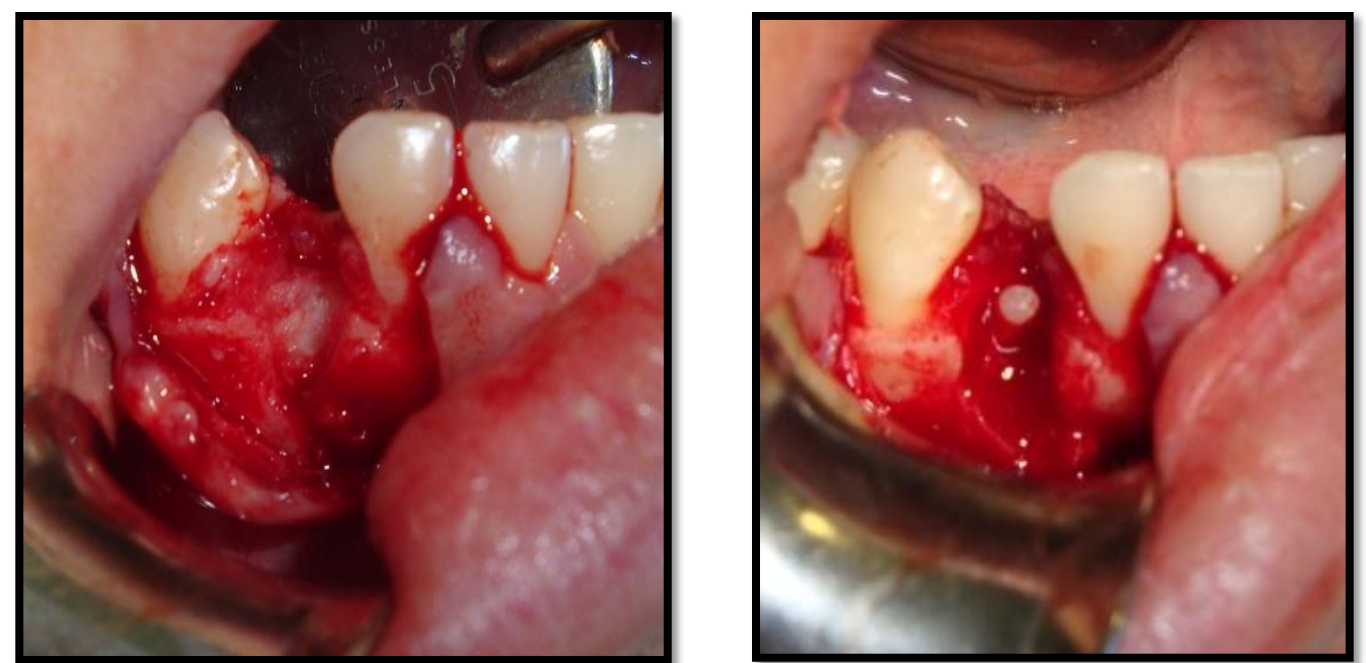


Fig. N°3. Incisión y despegamiento del colgajo mucoperiostico. Exodoncia del resto radicular de la pieza temporaria.



Fig. N°4. Osteotomía y escisión del odontoma propiamente dicho, legrado cuidadoso para evitar dejar restos de capsula y así evitar recidivas. Toilette de la herida. Sutura a puntos separados con hilo de seda 3/0 aguja redonda

Observación macroscópica del tumor. Indicaciones post operatorias. Envío al servicio de anatomía patológica.

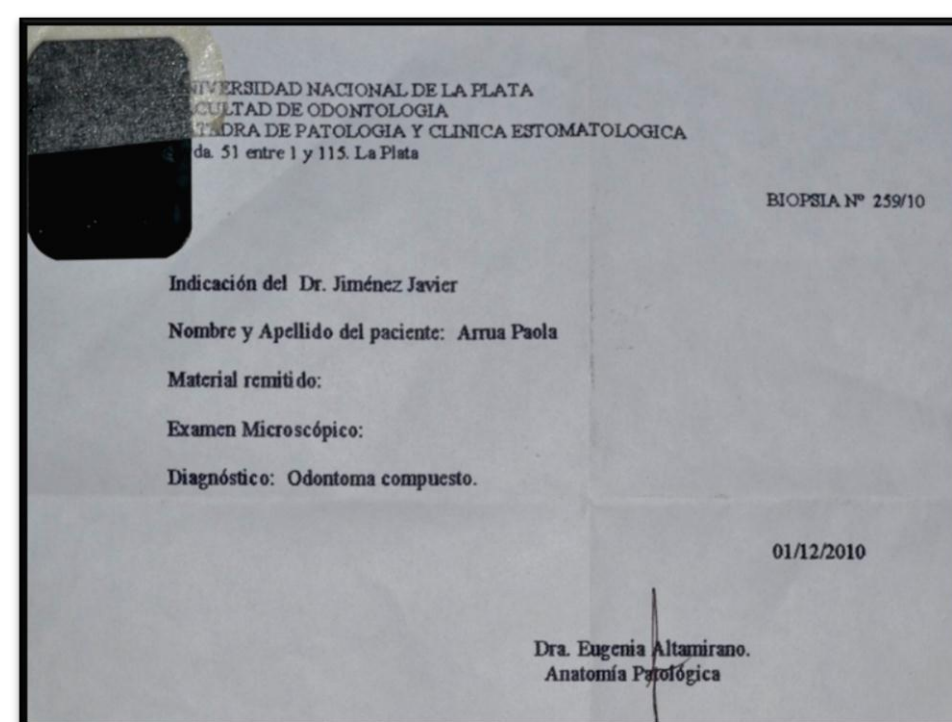


Fig. N°5. Informe.

Conclusiones

Los odontomas normalmente no presentan sintomatología y su hallazgo es radiográfico, generalmente asociada a un diente permanente no erupcionado. El tratamiento de elección es la excéresis quirúrgica de la lesión, para permitir la erupción del diente permanente, ya sea de forma espontánea o por técnicas ortodóncica. Algunos autores describen la erupción espontanea de la pieza dentaria impactada luego del tratamiento quirúrgico. El tratamiento debe ir encaminado a la exéresis completa de la tumoración, incluyendo la cápsula de tejido conectivo que la envuelve legando cuidadosamente la zona intervenida para evitar dejar restos de la cápsula que pudieran provocar la aparición de lesiones quísticas posteriores. El pronóstico tras la exéresis es muy favorable.

Referencias

1. AMADO CUESTA S, GARGALLO ALLBIOL J, BERINI AYTES L, GAY ESCODA C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of unerupted complex odontoma. Med Oral; 8:366-373; 2003.
2. TOMISAWA M, OTSUKA Y, NODA T. Clinical observations of odontomas in Japanese children. 39 cases including one recurrent case. Int J Pediatr; 15 (1): 37-43; 2005.
3. GOAZ, WOOD, Diagnostico diferencial de lesiones orales y maxilofaciales. Ed Mosby, pp 424-426, año?.
4. Cawson RA, Binnie WH, Eveson JE: Color Atlas of Oral Disease. Clinical and Pathological Correlations. Hong Kong: Mosby-Wolfe, pp6-19; 1993.
5. Oliver RG, Hodges CGL.: Delayed eruption of a maxillary central incisor associated with an odontome: report of a case. ASDC J Dent Child 55:368-71; 1998.





Odontoma Compuesto Mandibular

Eguiguren S; Gimenez J; Sampron L; Tomaghelli E.

Universidad Nacional de La Plata Facultad de Odontología



Resumen

Introducción: el odontoma se encuentra formando parte de los tumores odontogenicos, es de etiología idiopática, comportamiento benigno, crecimiento lento y es el mas frecuente (> 50%) de los tumores odontogenicos. Histológicamente presenta todas las estructuras dentarias: matriz de esmalte, dentina, tejido pulpar y cemento. El pronostico tras la exceresis es muy favorable con escasa probabilidad de recidiva eliminando cuidadosamente los restos de capsula

Descripción del caso: paciente de 24 años, sexo femenino que se presenta al servicio de practicas odontológicas integradas (S.E.P.O.I.). El motivo que propicia la consulta es la permanencia de la pieza dentaria 8.3. , no presentando sintomatología. Se indican estudios radiográficos panorámicos y seriados de la región, observándose la lesión tumoral por debajo de la pieza temporaria y por encima de la pieza 4.3. encontrándose la misma en retención ósea. Se solicita estudio de coagulación básica y se decide realizar la enucleación quirúrgica conservadora de la misma. Se envía la pieza quirúrgica para estudio anatomopatológico según protocolo. Se indican cuidados post operatorios y controles clinico-radiograficos a distancia, para evaluar conducta de la pieza dentaria retenida.

Conclusiones: los odontomas normalmente no presentan sintomatología y su hallazgo es radiográfico, su ubicación más frecuente es el sector mandibular anterior, en la mayoría de los casos aparece antes de los 20 años. Es una lesión no agresiva indolora, generalmente asociada a un diente permanente no erupcionado. El tratamiento de elección es la excéresis quirúrgica de la lesión, para permitir la erupción del diente permanente, ya sea de forma espontánea o por técnicas ortodóncica.

Introducción

El termino odontoma fue introducido en 1867 por Brocca para describir un tumor de origen odontogénico de carácter benigno y de crecimiento lento, formado por esmalte, dentina, cemento y tejido pulpar. Según la **OMS** lo clasifica en dos grupos: Odontomas compuestos, Odontomas complejos. Cursan de manera asintomática, son de crecimiento lento.

Su hallazgo suele ser casual mediante una radiografía de rutina. Algunos signos clínicos que pueden hacer sospechar la presencia de un odontoma son la ausencia del diente permanente, persistencia de los temporarios, tumoración local, presencia de grandes diastemas y/o mal posiciones dentarias

Odontoma compuesto: En su estadio intermedio se muestra como una lesión radiotransparente bien definida, que contiene un numero variable de cortes transversales arciformes, radiopacos y sombras radiopacas huecas longitudinales, todas ellas correspondientes a denticulos en desarrollo. El grado de calcificación y opacidad varias de un estadio a otro y de una lesión a otra.

Descripción del Caso

Paciente femenina de 24 años de edad que se presenta al servicio a causa de la permanencia de resto radicular de pieza Nº 83 y ausencia de la pieza Nº 43.

Al examen extra oral no se evidenciaban asimetrías. Clínicamente se observaba la presencia de las piezas dentarias en buen estado sin focos sépticos. Mucosas sin alteraciones, función glandular normal, lengua y musculatura sin particularidades, integridad y continuidad de las tablas óseas.

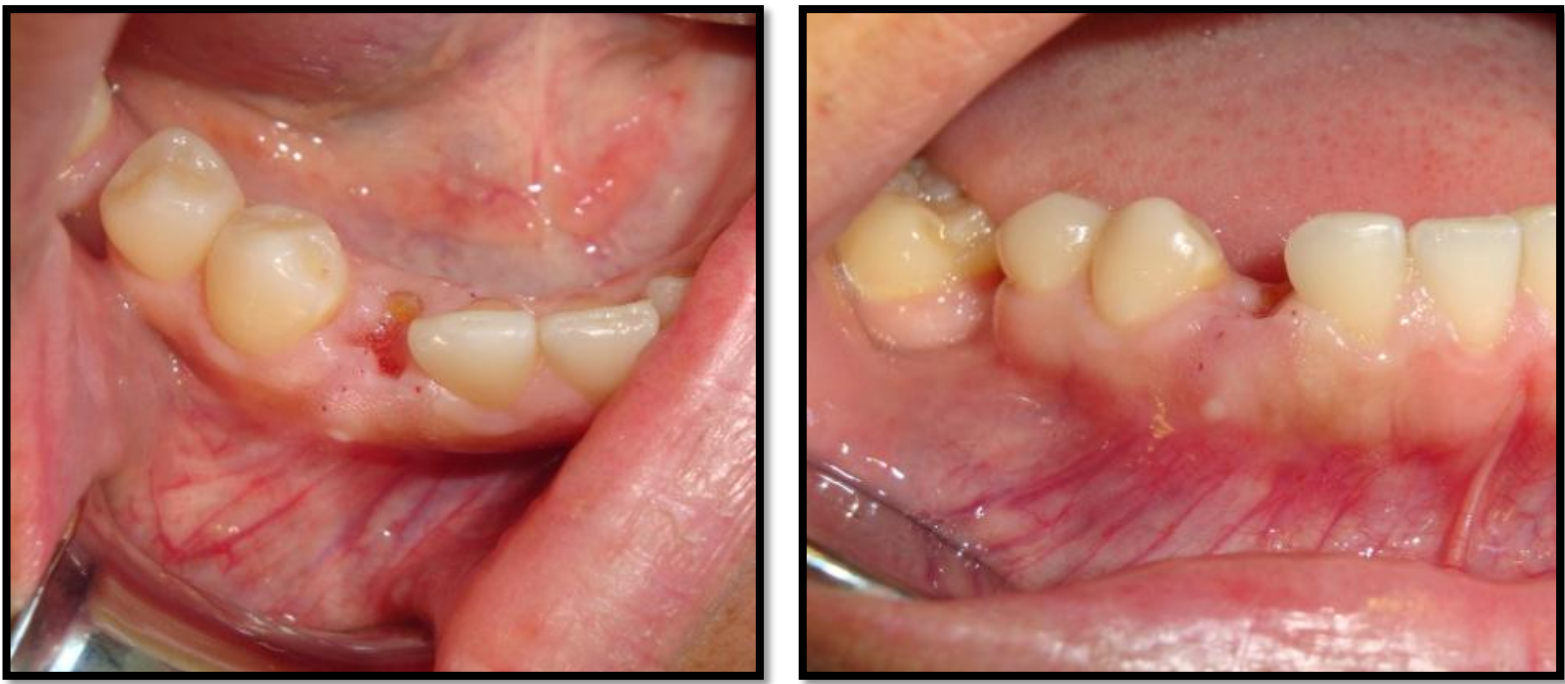


Fig. Nº1. Imagen clínica desde una vista coronal y fronto-lateral que muestra resto radicular de dentición temporaria.

Conclusiones

Los odontomas normalmente no presentan sintomatología y su hallazgo es radiográfico, generalmente asociada a un diente permanente no erupcionado. El tratamiento de elección es la excéresis quirúrgica de la lesión, para permitir la erupción del diente permanente, ya sea de forma espontánea o por técnicas ortodóncica. Algunos autores describen la erupción espontanea de la pieza dentaria impactada luego del tratamiento quirúrgico. El tratamiento debe ir encaminado a la exéresis completa de la tumoración, incluyendo la cápsula de tejido conectivo que la envuelve legando cuidadosamente la zona intervenida para evitar dejar restos de la cápsula que pudieran provocar la aparición de lesiones quísticas posteriores. El pronóstico tras la exéresis es muy favorable.

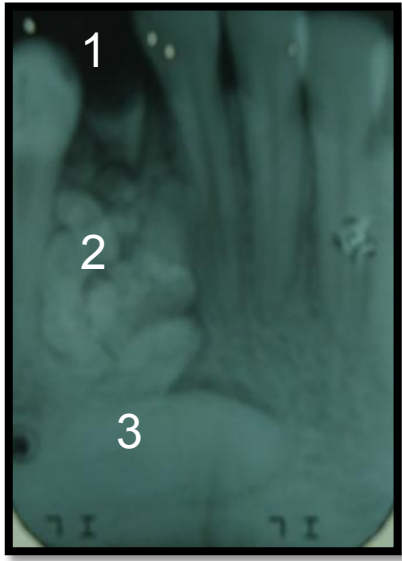
Referencias

1. AMADO CUESTA S, GARGALLO ALLBIOL J, BERINI AYTES L, GAY ESCODA C. Review of 61 cases of odontoma. Presentation of unerupted complex odontoma. Med Oral; 8:366-373; 2003.
2. TOMISAWA M, OTSUKA Y, NODA T. Clinical observations of odontomas in Japanese children. 39 cases including one recurrent case. Int J Pediatr; 15 (1): 37-43; 2005.
3. GOAZ, WOOD, Diagnostico diferencial de lesiones orales y maxilofaciales. Ed Mosby, pp 424-426, año?.
4. Cawson RA, Binnie WH, Eveson JE: Color Atlas of Oral Disease. Clinical and Pathological Correlations. Hong Kong: Mosby-Wolfe, pp6-19; 1993.
5. Oliver RG, Hodges CGL.: Delayed eruption of a maxillary central incisor associated with an odontome: report of a case. ASDC J Dent Child 55:368-71; 1998.

Radiográficamente: debajo del resto radicular hallazgo de imagen radioopaca irregular, con variación de contorno y tamaño, conformada por múltiples radioopacidades correspondientes cuerpos arciformes similares a piezas dentarias, basalmente se encuentra la pieza dentaria retenida. Fig. Nº2.



Fig. Nº2.



1. Resto Radicular (83)
2. Masa Radiopaca (Odontoma)
3. Pieza retenida (43)

Medicación preoperatoria: ATB. Antisepsia y aislación del campo operatorio. Anestesia infiltrativa

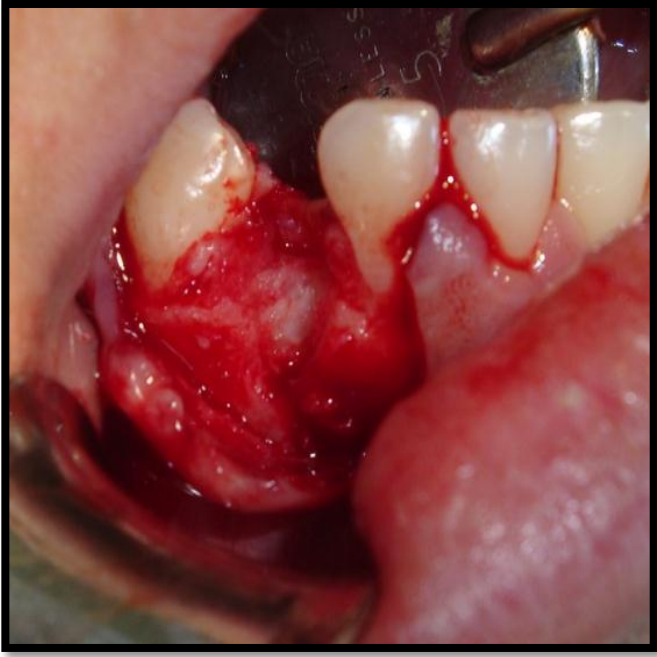


Fig. Nº3. Incisión y despegamiento del colgajo mucoperiostico. Exodoncia del resto radicular de la pieza temporaria.

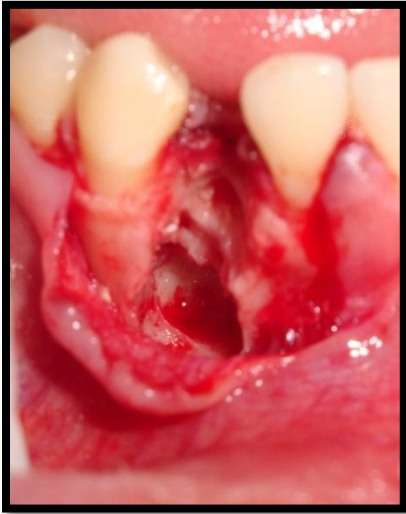


Fig. Nº 4. Osteotomía y escisión del odontoma propiamente dicho, legrado cuidadoso para evitar dejar restos de capsula y así evitar recidivas. Toilette de la herida. Sutura a puntos separados con hilo de seda 3/0 aguja redonda

Observación macroscópica del tumor. Indicaciones post operatorias. Envío al servicio de anatomía patológica.

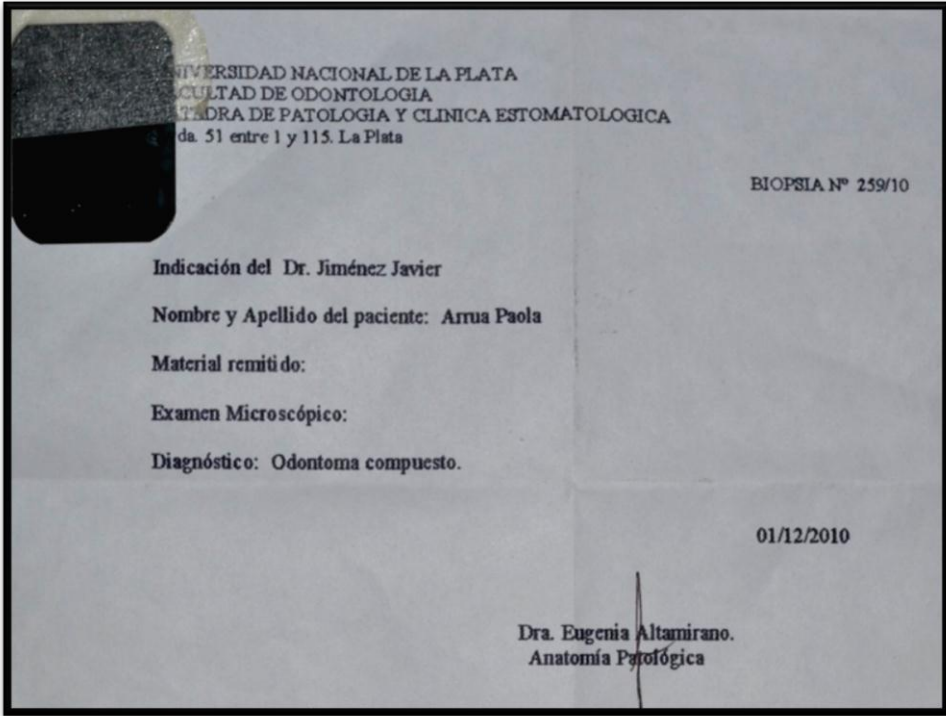


Fig. Nº 5. Informe.

